COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA

(Sesión celebrada el día 13 de agosto de 2019).

SEÑORA PRESIDENTA.- Habiendo número, está abierta la sesión.

(Son las15:08).

–Dese cuenta de un asunto entrado.

(Se da del siguiente).

«La Sociedad de Psiquiatría del Uruguay, la Asociación de Psiquiatría del Interior y la Sociedad Uruguaya de la Psiquiatría de la Infancia y la Adolescencia solicitan nuevamente audiencia por el tema de la situación de los centros y equipos de salud mental de ASSE, en todo el país».

–Se resuelve citarlos para la primera sesión de setiembre.

(Ingresa a sala el señor ministro de Salud Pública y asesores).

–La Comisión de Salud Pública del Senado tiene mucho gusto en recibir al doctor Jorge Basso, ministro de Salud Pública, al doctor Jorge Quián, subsecretario del Ministerio de Salud Pública, a la doctora Raquel Rosa, directora de la Dirección General de la Salud, al doctor Rodrigo Díaz, encargado del despacho de la Dirección General de Secretaría, al doctor Mario Zelarayán, director ejecutivo de la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular y al licenciado Aníbal Suárez, adjunto al señor ministro.

Como ustedes pudieron ver en la citación que recibieron, se trata de una solicitud que hizo un integrante de esta comisión, el señor senador García, quien nos propuso convocarlo para conocer el estado de los desfibriladores del Ministerio de Salud Pública, a raíz de que el pasado 24 de julio, trágicamente falleció una persona en una plaza frente al local del ministerio.

Si bien este es el tema fundamental, ustedes siempre nos traen noticias, por lo que si hay algún otro elemento que quieran agregar lo pueden hacer al final de la consideración de este asunto. Asimismo, si surge alguna pregunta adicional por parte de los miembros de la comisión, la pueden hacer. Todo esto dentro de un plazo razonable de tratamiento del tema, porque algunos senadores tienen que asistir a otras comisiones que están en funcionamiento.

Sin más, le cedemos la palabra al señor ministro.

SEÑOR MINISTRO.- Buenas tardes.

Nos parece que este es un tema particularmente importante y que está vinculado nada más y nada menos que al tema de la salud cardiovascular, principal causa de muerte en nuestro país. De alguna manera, se viene trabajando intensamente en este tema en las medidas de prevención y asistencia integral.

Particularmente, nuestro país tuvo una actitud muy proactiva a partir del 2008, año en que se estableció un marco legal a través de la Ley n. º 18360, vinculada a los desfibriladores externos automáticos, y su correspondiente decreto del año 2009, al que hay que agregarle una ordenanza de esta Administración en el 2018. Todo ello conforma el marco normativo que tenemos.

Los hechos que se mencionan en realidad sucedieron el 22 de julio y están vinculados a que aproximadamente a las 14 horas de ese día, desde el exterior del ministerio, se recibe una comunicación de que hay una persona caída en la plaza que está enfrente. Inmediatamente, la funcionaria administrativa que está en planta baja toma el cardiodesfibrilador y se dirige al lugar en

que estaba la persona caída. Tal como lo establecen los procedimientos de capacitación –esta funcionaria administrativa estaba capacitada–, hace el llamado al servicio de emergencia médica al constatar que la persona estaba inconsciente y comienza enseguida las maniobras de reanimación. En pocos minutos se acercan otras personas de otros organismos públicos de la zona que también estaban capacitadas para una emergencia de este tipo –estamos hablando de personal no médico, capacitado, de la Asociación Cristiana de Jóvenes y del Banco de Previsión Social– y luego llegan médicos del Ministerio de Salud Pública.

No quiero dejar pasar por alto este episodio porque es un escenario que previo al marco legal existente no lo teníamos. Es decir, que frente a una situación inesperada, un colectivo de personas –todas capacitadas, con distintas profesiones y pertenecientes a distintas instituciones– responda rápidamente con las maniobras de reanimación, que es lo sustantivo en estas situaciones.

Cuando baja una médica del Ministerio de Salud Pública –que integra el grupo de capacitación– constata que se trata de una persona mayor de 86 años que tenía una midriasis y una cianosis, es decir, estaba en una situación crítica. El diagnóstico de muerte es complejo, pero lo cierto es que la persona estaba en una situación muy crítica, si es que ya no estaba fallecida. Eso no impidió proseguir con la reanimación. Se coloca el desfibrilador que estaba en planta baja del ministerio, que tenía encendida la luz verde que indica que estaba apto para su funcionamiento –incluso tenemos un video que lo muestra– pero cuando se hace el disparo no funciona. Mientras llega la emergencia –para que tengan idea de los tiempos que se manejan–, se traen otros dos desfibriladores: un segundo perteneciente al ministerio y otro del Banco Hipotecario. El segundo desfibrilador del ministerio estaba en la misma situación que el primero, es decir, con la luz encendida de apto pero no funcionaba. Se pudo usar el desfibrilador del Banco Hipotecario pero la señal del aparado indicaba que el paciente estaba en asistolia y que no era útil su uso.

Otro tema que después vamos a explicar es el de los desfibriladores y la manera en que el ministerio está encarando el trabajo con ellos tanto en el local como fuera de él.

Durante todo este episodio y tal como lo indica el curso de capacitación –salvo en el momento en que se hace el disparo–, continúa la reanimación. Esto quiere decir que este proceso no se interrumpió en ningún momento mientras se esperaba la emergencia.

Finalmente, llega la emergencia médica que también confirma con sus propios equipos que la persona estaba en asistolia, que la desfibrilación no era útil y se le aplica adrenalina y se la traslada.

De alguna manera, lo que señala este episodio es que la cadena de reanimación –como así se llama– se puso en marcha inmediatamente en una persona añosa y con los signos que establecimos. Por lo tanto, ese proceso de reanimación se mantuvo hasta que vino la emergencia médica móvil solicitada a través del 911. Como los senadores saben, el procedimiento que se utiliza en una emergencia es llamar al 91. Frente a llamados de este tipo, hay un mecanismo por el cual se van rotando las distintas emergencias en la zona urbana.

Entonces, podemos afirmar con total certeza que el desenlace no estuvo vinculado a la falta de asistencia. Es decir, de alguna manera la persona siempre estuvo en proceso de reanimación e, inclusive, entendemos que la prontitud de la actividad articulada de los distintos colectivos que participaron fue positiva. La capacitación, obviamente, fue positiva. Los equipos de Salud Pública que se utilizaron, habían sido inspeccionados la semana anterior. El criterio de aptitud del equipo, según lo que establece su manual, es el parpadeo de la luz verde. Eso no fue suficiente como para constatar que el equipo tenía problemas de funcionamiento.

Hay varios aspectos que quiero resaltar. Uno de ellos tiene que ver con el episodio ocurrido. Reitero, la persona fue atendida y se le intentó hacer la reanimación, que se cumplió correctamente, según los criterios técnicos. Aclaro esto porque, obviamente, el hecho de tener un desfibrilador mejora la respuesta pero, insisto, la respuesta que se dio es correcta. Digo esto porque si bien tenemos un número significativo de desfibriladores, puede haber circunstancias en que no haya uno cerca. Por otro lado, realizar el masaje cardíaco correctamente por personal capacitado, mientras se esperaba la llegada de la emergencia médica móvil, es una asistencia correcta.

No quisiera transmitir la duda a la población que no cuente con un desfibrilador que queda desamparada por no tenerlo. Si lo tiene, es mejor, pero la adecuada maniobra de estimulación cardíaca

en el tiempo que depara la concurrencia de un servicio de emergencia móvil, es una conducta correcta.

En el año 2018, establecimos una ordenanza. Más allá de que el decreto reglamentario tiene aspectos muy concretos, necesitábamos resolver lo más eficientemente posible el seguimiento de los cardiodesfibriladores en todo el país, el registro de los asistentes así como el vínculo con los proveedores de estos equipos para lo que se le denomina posventa, es decir para lo que tiene que ver con la asistencia y el mantenimiento de los equipos.

Todas esas instancias se han venido desarrollando desde el 2018. Reitero, una semana antes de este episodio los equipos fueron controlados, pero a la luz de esta situación hemos tomado algunas medidas tendientes a trabajar en una mejor protocolización del mantenimiento y supervisión del funcionamiento de estos aparatos. Justamente, nos hemos contactado con las empresas proveedoras las que, por otra parte, revisaron nuestros equipos. De los cuatro equipos que tenía el ministerio, uno fue descartado, a pesar de que titilaba su luz verde. Otro de ellos funcionaba correctamente y a los dos restantes se les cambiaron las pilas y se les hizo el ajuste que consideró pertinente la empresa.

SEÑOR GARCÍA.- ¿Cuándo fue?

SEÑOR MINISTRO.- Estamos hablando de estos días. Después del episodio, de alguna manera, hicimos revisar por alguien externo los equipos para ver qué sucedía porque, reitero, en el propio manual del dispositivo se hace referencia al botón verde –que es el que establece el parpadeo verde–, el pad está en modo de espera y está listo para operación de rescate. El personal que hizo el mantenimiento se guio por este criterio pero es obvio, a la luz de los resultados, que es insuficiente. Por eso nos comunicamos con la empresa proveedora para saber qué otra cosa se podría hacer para estar seguros de que los equipos estén en condiciones.

En el país hay catorce las empresas que trabajan en este rubro. Estos equipos tienen un valor aproximado de USD 2000. En el entorno del ministerio –en un radio de cien metros– hay ocho desfibriladores. Reitero, hay muchos sitios de entrenamiento. La Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular, de alguna manera, monitorea a los capacitadores y a las personas que se van formando. Tenemos un número muy importante de capacitadores. El doctor Zelarayán más adelante va a dar cuenta de ese volumen.

Con relación a los desfibriladores externos del ministerio debo decir que fueron controlados una semana antes a este episodio y se siguió el criterio establecido por el manual del operador que, evidentemente, no era suficiente a la luz de los hechos.

Mantuvimos contacto con las empresas que están comercializando estos equipos y que dan un servicio de postventa, lo que significa que son revisados por ellos mismos. O sea, no solamente son las personas que pasan y ven si parpadea la luz, sino que sacan el equipo, les hacen pruebas, etcétera. Ahí tenemos un desafío. Obviamente, esto tenemos que instrumentarlo –eso es lo que hemos planificado–con los propios proveedores, de tal manera de que tengamos las mayores garantías en cuanto al mantenimiento de los aparatos. De cualquier manera, para la población en general sigue siendo válido de que si pasan al lado de un desfibrilador miren si la luz verde está parpadeando. No quiere decir que estemos desestimando ese hecho, pero a los efectos del correcto mantenimiento parece no ser suficiente.

Eso en lo que tiene que ver estrictamente con el episodio, que de alguna manera generó una nueva ventana de trabajo que, reitero, estaba en línea con lo que veníamos realizando.

En la ordenanza de 2018 –a la que hice mención, pero no explicité– se establece un mecanismo de registro, porque estamos hablando de un volumen de desfibriladores significativos. El registro se hace a través de la página web a la que se accede a través de trámites.gub.uy. Nos conectamos con cada uno de los prestadores de salud para que nos pasen información actualizada de los equipos, con la marca y otros detalles. Quienes realizan controles y supervisiones en los servicios de salud son los que verifican los equipos.

Tenemos el desafío de los desfibriladores que están fuera del sistema de salud, como en los grandes espacios y medios de transporte; estamos hablando de lugares donde hay, como dice la norma, una circulación importante de personas, precisamente, más de mil personas. Estamos llegando

por distintos medios para que registren sus equipos y podamos tener también un mecanismo de supervisión. Eso está funcionado adecuadamente.

Todavía tenemos por delante una serie de desfibriladores cuyos proveedores no son quienes los trajeron –algunos son donaciones– y tenemos que llegar a ellos. De todas formas, el mecanismo de registro y control está establecido a partir de la disposición de 2018, donde se determina la periodicidad del control, la forma de hacerlo y las responsabilidades en cada uno de los casos. Esto se hace en el marco de un trabajo con la comisión de resucitación, en la que tiene participación la comisión honoraria de la Facultad de Medicina, las cátedras y el propio ministerio. Al respecto han surgido algunas inquietudes en estos meses vinculadas a generar algunos ajustes en lo que son los aspectos reglamentarios, de forma que vayan en línea con un tema que hemos estudiado a nivel internacional y que es bastante complejo. Imagínense que en países de otras dimensiones tener una supervisión y control de los desfibriladores no deja de ser un problema organizativo muy desafiante. Es más, como política pública somos el único país de América Latina que tiene un marco legal de estas características, porque las dificultades de control llevan a que en realidad se le traslade todas las responsabilidades al que tiene el desfibrilador; nadie asume en el marco legal la responsabilidad de realizar un control de estas características para asegurar que todos los desfibriladores estén funcionando adecuadamente. Nosotros tenemos este marco legal, por lo que responsablemente debemos encontrarle la mejor viabilidad a ese control. Nos parece que un mecanismo es el de la ordenanza que permitió el registro *online*. Eso, junto con la articulación con los proveedores, permite tener un control inteligente –porque permite identificarlos en lugares particularmente importantes– y realizar otros controles presenciales, pero fundamentalmente nos asegura que luego de la venta, el proveedor y el que tiene el equipo nos pasen información para generar la base de datos con la que cuenta el ministerio en este momento, a diferencia de un tiempo atrás.

Es decir que hubo un trabajo durante todo este tiempo que va en la dirección de darle a este marco legal y a esta normativa una mayor fuerza. También debemos seguir generando la formación y la capacitación, tanto de equipos de capacitadores como de la propia población. Salvo que los señores senadores dispongan otra cosa, me gustaría ceder la palabra al doctor Zelarayán.

SEÑORA PRESIDENTA.- Previamente, el señor senador García desea formular una consulta.

SEÑOR GARCÍA.- Agradezco la presencia del señor ministro y de todo su equipo.

La mañana siguiente de este episodio, es decir, el 23 de abril, me encontré con el señor ministro en el Hospital Militar y me comunicó que había iniciado una investigación administrativa. Me gustaría saber si está el resultado de esa investigación y, en caso de que tenga documentos al respecto, sería de utilidad que los acercara a la comisión.

SEÑOR MINISTRO.- Tenemos la documentación con los informes de los médicos, así como de los técnicos que participaron en el control de los equipos. La investigación está.

SEÑOR GARCÍA.- ¿Nos puede dejar esa documentación?

SEÑOR MINISTRO.- Sí, sí.

SEÑOR ZELARAYÁN.- Buenas tardes. Muchas gracias por la invitación.

En primer lugar quiero señalar que no hay sistema perfecto en ninguna parte ni respecto a ningún tema. Si tuviera que elegir el mejor sistema para resucitar a un paciente en cualquier lugar, diría que es el CTI o la emergencia móvil. Los primeros sistemas de resucitación se elaboraron dentro de los centros hospitalarios, pero después se cayó en la cuenta de que la mayor parte de las muertes súbitas eran extrahospitalarias; el 80 % de las muertes súbitas se producen fuera del hospital. Entonces, se tuvo la sana e inteligente idea de llevar el CTI a la calle. Esas son las emergencias móviles. Eso es lo ideal porque tienen personal profesional capacitado –dos paramédicos– y un equipo absolutamente completo; a las ambulancias no les falta nada de acuerdo a los parámetros del CTI. ¡Nada!

Ahora bien: la evolución de las ciudades ha hecho que las emergencias móviles no lleguen en tiempo y forma, tal como sucedía al principio. Esa era la situación ideal. El urbanismo –la logística urbanística– hizo que las emergencias tardaran más de diez minutos en llegar al hecho y, como todos sabemos, en esos primeros diez minutos se juega la vida de los pacientes.

Hace muchísimo tiempo –más de treinta años– se sugirió que, como política pública, se enseñara a la comunidad técnicas de resucitación y a apoyar con masaje cardíaco externo hasta que llegara la emergencia móvil. Eso fue lo que se empezó a hacer unos veinte años atrás. Los primeros veinte años que trabajamos en la emergencia móvil era realmente penoso ir a atender una llamada por un paro cardiorrespiratorio o una muerte súbita; cuando llegábamos estaba todo el mundo en la calle agitando las manos para indicarnos dónde estaba el paciente, es decir, estaban todos afuera de la habitación y nadie ayudaba al paciente. Ante estas situaciones se instrumentó la política que acabo de mencionar; así, a partir de la ley en nuestro país se inició una campaña para capacitar a la comunidad en los masajes cardíacos externos.

La ley de acceso público a los desfibriladores estaba muy volcada a colocar desfibriladores en los lugares adecuados. Sin embargo, cuando el ministerio hizo una ronda de consultas a todas las instituciones en el quehacer de emergencias y cardiológico para que opinaran sobre la ley, todas la apoyaron, menos la Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. Es la primera vez que digo esto en público. En ese entonces presidía la comisión el doctor Orestes Fiandra y ya advertía sobre el grave riesgo de colocar desfibriladores en todos lados sin una adecuada monitorización y sin registro, más allá del costo que eso iba a significar –todavía tengo en mi poder el acta– a la comunidad. Ya había otras experiencias, como la de Estados Unidos, donde se había rechazado una ley similar precisamente por lo mismo: ellos sacaron la cuenta de que si instalaban desfibriladores –tal como se proponía en aquel entonces– en todos lados, cada resucitado costaría un millón de dólares, lo que significaba que no era una medida costo-efectiva.

De todas maneras, como dice el ministro, los desfibriladores son efectivos; si uno los tiene al lado, son efectivos. El asunto es tenerlos al lado cuando uno los necesita, ¿no? Habría que colocarlos en infinidad de lugares para tener uno lo más cerca posible.

Como ya estaba vigente la ley –reitero: nosotros fuimos los únicos que nos opusimos, pero por razones de conveniencia– trabajamos duramente en la instalación de desfibriladores, pero sabiendo desde un principio que íbamos a tener un techo de equipos porque no puede haber cincuenta mil en Uruguay. Tal como consta en las actas de 2005, yo propuse que debía haber un universo de entre 3500 y 4000 desfibriladores a nivel de la comunidad –más o menos estamos yendo por ese camino–, con un control adecuado, y siempre enseñando el masaje cardíaco a la población. Trabajamos para eso y se formó todo un programa de replicación: nosotros les enseñábamos a determinadas personas y les entregábamos un desfibrilador de simulación y muñecos para que ellos, a su vez, capacitaran a la comunidad. Si la comisión –que tiene poco personal; somos veinte, nada más– fuera directamente a la comunidad con la intención de enseñar a los más de tres millones, tardaríamos más de cien años. Entonces, como dije, hicimos esa replicación y formamos sitios. A esta altura tenemos formados 85 sitios, cada uno con más de ocho instructores. Ya llevamos 899 instructores capacitados, que son quienes enseñan a la comunidad; nosotros solos ya tenemos más de 80.000 personas capacitadas. Calculamos que debe haber más de 100.000 uruguayos capacitados en esta actividad. Eso nos da una proporción muy grande.

¿Cuántos desfibriladores se necesitan en Uruguay para estar tranquilos? Nadie lo sabe; nadie sabe cuántos se necesitan en Uruguay, en Estados Unidos o en España. Eso es lo que se llama una clasificación grado 3, que es la opinión de expertos, pero si me permiten la arrogancia, más o menos calculamos, por una razón de lógica común, que tenemos un desfibrilador cada mil habitantes. Eso parece razonable, siempre y cuando estén distribuidos equitativamente, pero hay hiperconcentración en las urbes, menos en las zonas suburbanas, y menos aún en el área rural. De todos modos, establecemos una razonabilidad en la cantidad, al igual que en cuanto a la gente capacitada.

Seguimos trabajando. Esto es algo que comenzó ahora y se va a hacer exponencial. Tenemos casi el 3 % de la población capacitada en resucitación. España tiene el 1 %, para compararnos con un país que está peor que nosotros. Sin embargo, no estamos mal, y esto continúa. Obviamente, en lo personal –y también la comisión– aspiro a que con la disponibilidad que tenemos se alcance un 10 % de la población, lo que estaría muy bien y, a partir de ahí, seguir creciendo. De todos modos, reitero que me parece razonable contar con 3000 o 4000 desfibriladores.

Los desfibriladores en sí son clones de los que utilizamos los médicos emergencistas y cardiólogos, que son equipos altamente sofisticados, con precios diez, quince y hasta veinte veces superiores. Por eso esos desfibriladores no se pueden pasar a la comunidad; además, son extremadamente complejos. Ya nos cuesta mucho a nosotros aprender a utilizarlos, pero resuelven decenas y decenas de situaciones distintas. En cambio, el desfibrilador de la comunidad resuelve una única situación: la desfibrilación ventricular. Nada más. Las otras no las lee ni las entiende. Además,

tiene sus limitaciones. A pesar de ser altamente eficaces en cuanto a leer esa situación y desfibrilar, son limitados por el control del desfibrilador. ¿Cómo se controla un desfibrilador ubicado, en teoría, en cualquier lugar: en una casa, en un sanatorio, en el auto de un policía, en una cooperativa o en un supermercado? Se establecieron llamados de atención para el control de las baterías. Ese *display* –es el mejor método de todos– consume energía, y puede abastecerse de dos maneras: directamente de la batería que se utiliza para desfibrilar –eso es horrible, pero hay desfibriladores que funcionan así–, con lo que consumen y acortan la vida de la batería del desfibrilador –esos son los que menos recomendamos y prácticamente se están dejando de usar–, o mediante una batería propia, chiquita, que también se consume. Entonces, hay que controlar la batería del desfibrilador y también la del *display*. Es un sistema un tanto complejo. Esto ya se ha visto que dificulta que haya un correcto control del desfibrilador, que está en la comunidad –no en un médico o un técnico especializado como el del CTI o las ambulancias– y, por eso, debe ser simple. Si es complicado, a la gente no le sirve; pero esa simplicidad tiene sus riesgos. Los últimos desfibriladores ya no tienen batería, sino pilas, lo que hace que sea mucho más barato y fácil de cambiar. De todas maneras, hay que hacer el control porque alguien tiene que cambiar las pilas.

Esto ya lo hemos visto. A la luz de las enseñanzas y advertencias del profesor Fiandra, siempre buscamos mecanismos para que no dependiera del ser humano y que fuera cada vez más automático.

Hace un par de años empezamos a trabajar en la idea de poner un chip en los desfibriladores para georreferenciarlos, a los efectos de que cuando salgan de las empresas –luego me referiré a estas– pasen datos de localización para optimizar los DEA, es decir, tener una noción de cuáles son los DEA que están cerca del individuo y no poner desfibriladores en cualquier lado. Así se podrá saber si se tiene un desfibrilador cerca.

El chip también sirve para dar información de los DEA, acerca de la batería y los parches. Ya contratamos a una empresa para esto y hace un año que está trabajado. Hizo el *software* –que bastante dinero costó– para recibir la información, compramos los chips y los pusimos. Hicimos un plan piloto con desfibriladores fijos y móviles.

No sabemos si en el mundo hay desfibriladores en el sistema de transporte público. Aquí una empresa de transporte público puso catorce desfibriladores y eso fue beneficioso para tener una localización móvil; los fijos se podían georreferenciar de manera más sencilla, inclusive sin chip, pero en los móviles resultaba muy difícil. Pusimos un chip en el transporte público que tiene DEA y el piloto funcionó muy bien. Eso lo vamos a extender a todos los desfibriladores de esa empresa de transporte público y a quince desfibriladores fijos; vamos a aumentar el piloto. El *software* funcionó, la información de los chips también y por eso vamos a extenderlo. ¿Esto va a solucionar el problema de la georreferenciación y de la información actualizada de los DEA? No; no va a hacerlo. Vamos a tener más información y más seguridad. Va a haber desfibriladores que no tengan chip porque esto va a ser muy fácil para los próximos desfibriladores que se vendan, pero no será posible colocarlo en los tres mil que ya están instalados. Esto será una medida que ayudará enormemente.

La otra medida que tiene que ayudar es que las empresas colaboren. Realmente fracasamos con las empresas porque quisimos que nos informaran sobre los desfibriladores que vendieran y que avisaran al cliente cuándo se vencían los parches y la batería. No lo logramos; incluso, el servicio posventa de los desfibriladores no es bueno. Las empresas no se hacen cargo; eso ya nos ha pasado. Se nos venció la batería, mandamos a comprarla a nuestro proveedor y nos dijeron que no tenían distribuidor y que teníamos que ir a buscarla nosotros; fui yo en auto a buscar la batería. Si venden el desfibrilador en Artigas, nadie va a ir a comprar la batería allá y no son capaces de mandarla. Entonces, con la ayuda del ministerio vamos a tratar de ajustar la actitud de las empresas para que colaboren.

La sociedad ha gastado en casi 3500 desfibriladores, o sea que ha vertido siete millones de dólares en esas empresas, por lo que ¡bien podrían tener un gesto! En las sociedades hay 3000, pero cada una de estas empresas ha vendido 100 o 200 desfibriladores; no son demasiados, por lo que bien podrían controlar y avisar cuándo se les vence la batería a los que les vendieron. Para ellos sería un trabajo bastante sencillo, para nosotros –con los 3000– es demasiado; incluso, no tenemos información de todos los desfibriladores. Hay lugares que no van a pasar nunca la información como, por ejemplo, las embajadas que no quieren ponerlo en la red para que el vecino no se entere de que ahí hay un desfibrilador. Quieren tenerlo oculto y tienen derecho a hacerlo. Lo compran, lo instalan y no quieren informar a nadie. Nosotros no vamos a tener acceso a esos desfibriladores, pero las empresas tendrían que informarles que tienen tal desfibrilador, que la batería se está por acabar y tienen que cambiarla. Estas empresas tienen que ayudar a la gente a la que le vendieron un desfibrilador.

Ahora, ¿con esto se completa el tema de la seguridad de los desfibriladores? Yo creo que no, que siempre va a haber zonas grises o agujeros negros por los que se escapen estas cosas.

Preocupados como estamos por el tema de la fiscalización y a la luz de la nueva ley que el Parlamento ha votado –y que creo que va a entrar en vigencia el año que viene– respecto a los médicos prevencionistas y los técnicos prevencionistas, nos parece razonable aportar más fiscalización y que estos médicos prevencionistas y técnicos prevencionistas también se ocupen de controlar los desfibriladores. Así como controlan los bomberitos, sería bueno que tomaran nota de la fábrica o la empresa responsable de la venta del desfibrilador para que esta se ocupe de recordarles cuándo tienen que ser cambiadas las baterías o las pilas y de enseñarle al personal las maniobras de resucitación y el uso de los desfibriladores.

Ya hablamos con el decano, que es grado 5 de Medicina Laboral Preventiva y está de acuerdo; incluso, va a sacar una circular que incluya dentro de las responsabilidades de este médico prevencionista o técnico prevencionista la vigilancia de los desfibriladores. Recuerden que la ley establece que las instituciones deben tener un médico prevencionista o un técnico prevencionista cuando tienen más de cincuenta personas; las que tienen menos de cincuenta quedan en esa sombra. Con las empresas y los chips vamos a tratar de ir cerrando todo. No va a ser un sistema complejo, pero creo que entre los tres vamos a tener a la inmensa mayoría de los desfibriladores advertidos y controlados. En eso estamos.

SEÑOR GARCÍA.- Agradezco la concurrencia de la delegación a esta comisión.

Quiero focalizar el tema. Soy el autor de la convocatoria y el tema de fondo no es otro que ver por qué fallaron instrumentos que no deberían haber fallado. No estamos analizando si la cadena de reanimación funcionó, sino si lo hizo uno de los elementos de la cadena. No hablo de la participación del personal, que, por lo que ustedes informan, fue adecuada. Me parece que tenemos que focalizarnos. Estamos hablando del caso de dos desfibriladores que tenían que haber estado en condiciones y no lo estuvieron. Ese es el foco del tema, no otro.

Agrego que creo que no son de recibo las dos atenuantes que se ponen. No es de recibo decir que no hubiese sido efectivo porque no había chance de sobrevida. Deberíamos hacer un razonamiento contrafáctico: ¿y si hubiera habido chance de sobrevida? No es de recibo plantear que no importa que no hayan funcionado porque la persona no se hubiera salvado, porque podemos preguntarnos: ¿y si hubiese tenido chance de sobrevida? Sugiero que no se insista en ese argumento porque realmente no es de recibo.

Tampoco creo que sea una atenuante decir que la instalación de desfibriladores no es una buena solución; ocho o diez años después de aprobada la ley no se puede decir que no es costo-efectiva. Ese argumento sería válido si no hubiese existido este episodio; no es bueno usarlo después de un episodio como este porque se descalifica solo. ¿Por qué no se dijo antes?

Con respecto a lo último que decía el doctor Zelarayán, tampoco es de recibo decir que quien debe controlar la vigencia de la batería de un aparato que compra el Ministerio de Salud Pública es el proveedor. Es como sostener que quien debe controlar la batería de una ambulancia que compra el Ministerio de Salud Pública es la automotora. A lo sumo dirá: «Mire, esta batería en promedio dura tanto, usted es el encargado de controlarla» porque depende del uso que se le dé. Por lo tanto, creo que ese argumento tampoco es de recibo.

Tenemos que centrarnos en lo que establece la Ley n.º 18360, que adjudica la responsabilidad al Ministerio de Salud Pública. Independientemente de lo que cada uno de nosotros opine, importa lo que define la ley. En el artículo 3.º se establece: «Artículo 3 (Responsabilidad).- Quienes exploten o administren, a cualquier título los bienes o espacios aludidos en el artículo anterior» –los desfibriladores– «serán responsables de la instalación y del mantenimiento de los desfibriladores indicados en la presente ley, así como de asegurar el entrenamiento de sus funcionarios en resucitación cardiopulmonar básica, por medio de cursos con programas aprobados y entrenadores habilitados por el Ministerio de Salud Pública […]». En este caso, la responsabilidad es del Ministerio de Salud Pública; es lo que dice la ley y lo único que podemos tener como criterio.

Según expresó el señor ministro, dejó a la comisión los documentos relativos a la investigación administrativa.

SEÑOR MINISTRO.- Acabo de verificar que tengo la solicitud con la fecha que comenté, pero es una fotocopia y voy a hacerles llegar el original. De todas maneras, acá está la prueba.

SEÑOR GARCÍA.- Si el ministro dijo que hubo una investigación administrativa, para mí se hizo la investigación y basta con que nos acerque el documento.

La responsabilidad es del ministerio. Se dice que fueron chequeados los desfibriladores. Quisiera saber si se tiene la documentación del chequeo para que la comisión la tenga a disposición.

Por otra parte, según relató el señor ministro, las alertas verdes estaban encendidas pero no funcionaban efectivamente. Es muy llamativo que en el cien por ciento de los aparatos utilizados el mecanismo de alerta no coincidía con la realidad; es notorio que ahí hay un problema de fábrica. Estamos hablando de dos aparatos que daban la señal verde, pero no funcionaban y es un problema que tiene origen en el Ministerio de Salud Pública.

Asimismo, me gustaría saber si en días o semanas previos al episodio alguna dependencia del Ministerio de Salud Pública había advertido que no funcionaban estos equipos.

SEÑORA PRESIDENTA. El ministro dijo que estaban controlados.

SEÑOR GARCÍA.- Quisiera saber si alguna oficina o repartición dedicada al control de los equipos del ministerio advirtió del no funcionamiento de estos desfibriladores.

Me gustaría abundar en la inspección que se hizo después del episodio de los desfibriladores por parte del ministerio. Según tengo entendido, hay cuatro equipos en el casco del ministerio que fueron inspeccionados: uno fue descartado, otro fue validado y a los dos restantes se les cambió la pila. ¿Son otros dos o son los dos de los que hablamos?

Por otra parte, en el caso de la licitación que se hizo en su momento, ¿qué periodicidad para el cambio de pilas tenía establecida esta marca? ¿Cada cuánto debían cambiarse?

Por último, tengo aquí el decreto 330 del año 2009, en cuya reglamentación se crea dicha la comisión y en el artículo 2 literal C) II) se establece: «Los organismos, empresas, instituciones públicas y/o privadas, o particulares que instalen Desfibrilador Externo Automático, serán responsables de garantizar su mantenimiento y conservación, de acuerdo con las instrucciones del fabricante». En el mismo literal C) III) se plantea: «El Ministerio de Salud Pública establecerá los mecanismos de control e inspección necesarios». Luego, en el literal D) III) se establece: «Se debe denunciar al Ministerio de Salud Pública cada vez que un Desfibrilador Externo Automático es utilizado, independientemente del resultado clínico».

Por lo tanto, quiero saber cuáles han sido los mecanismos usados desde el año 2009 a la fecha para controlar por parte del Ministerio de Salud Pública los tres mil o tres mil quinientos desfibriladores que hay en la comunidad y si al día de hoy se puede garantizar la tranquilidad de que las instituciones públicas o privadas fueron controladas y están en vigencia. Uno tiene que asegurarse de que esto no vuelva a suceder. Lo que sucedió, desgraciadamente, es irreparable; es irreparable la vida de la persona que falleció. Lo que uno debe prever es que no vuelva a suceder algo así, y mucho menos en el Ministerio de Salud Pública. Tantas veces hablamos del Sistema Nacional Integrado de Salud y falla esto en el propio casco del ministerio.

Dicho esto, solicito la documentación mencionada y dejo planteadas estas preguntas.

SEÑOR MINISTRO.- Uno de los temas que abordamos inicialmente fue que nosotros estamos convencidos de que la cadena de reanimación que se puso en marcha inmediatamente al constatarse que una persona había perdido el conocimiento fue positiva y, por lo tanto, el desenlace no estuvo vinculado a la falta de asistencia. Debemos reiterar que, justamente, no estamos frente a un hecho en el que haya habido un problema con respecto a la reanimación. La reanimación fue realizada en tiempo y forma, mientras venían los servicios de emergencia móvil. La investigación da cuenta del horario en que fueron llamados y el momento en que llegaron. De alguna manera, la reanimación fue inmediata y, por ende, en ese sentido no hubo un desenlace motivado por dificultades o carencias en lo que tiene que ver con el proceso de asistencia. Es más, no siempre vamos a poder contar con un desfibrilador en episodios similares.

Lo que está planteado por las comisiones y la acumulación de información científica sobre el tema es que una buena reanimación externa cardiovascular es útil y positiva, mientras se espera a los servicios de emergencia. Obviamente, si tenemos un desfibrilador, mejor, pero no por la falta de uno se pone en riesgo el proceso asistencial. Es imposible que siempre tengamos un desfibrilador cuando una persona pierde el conocimiento, tanto acá como en cualquier parte del mundo, y no quiero que quede la sensación de que si no existe el equipo, no se puede hacer nada. Reitero, se puede salvar la vida haciendo una buena reanimación externa mediante el masaje cardiaco externo, mientras se espera a la emergencia.

SEÑOR GARCÍA.- Tan conscientes somos de lo que ha mencionado que hay un proyecto de ley presentado en esta comisión por quien habla para que se integre en los planes de estudio de secundaria y de la universidad las maniobras de reanimación básicas. Por cierto, dicho proyecto nunca tuvo mucho calor por parte del Poder Ejecutivo, especialmente por algunos de los integrantes que están del otro lado de la mesa.

SEÑOR MINISTRO.- Dejando claro el hecho de que la persona no falleció por la falta de un desfibrilador o porque no funcionó el que había, lo que sí asumimos es que falló el protocolo de control del funcionamiento de los desfibriladores, basado justamente en una información parcial que surgió del análisis del personal idóneo –pero no de técnicos o tecnólogos– acerca de cuáles eran los protocolos para controlar el correcto funcionamiento de los equipos. Según el manual, se interpretaba que si la luz verde estaba encendida, el desfibrilador estaba apto para ser usado. Así lo dice el manual y ese fue el criterio que siguió la gente que, de alguna forma, controla la infraestructura dentro del ministerio.

Los cuatro equipos del ministerio nunca se habían utilizado porque no se había dado la circunstancia. Cuando se utiliza un equipo, inmediatamente hay que cambiar la batería. Como no se utilizaron, de alguna forma se controlaba que tuvieran la luz verde encendida, considerando que así estaban en condiciones de ser usados.

En cuanto a la compra y los equipamientos que se adquirieron hasta el momento, solicitaría que cedieran el uso de la palabra al doctor Rodrigo Díaz.

SEÑOR DÍAZ.- El ministerio tenía cuatro desfibriladores externos, a pesar de que por el decreto reglamentario no está obligado a tenerlos por el volumen de personal que trabaja en el casco central y el público que maneja. De todas formas, tenía cuatro dispositivos. A esos cuatro equipos, al día siguiente del episodio conocido, se les hizo la inspección por parte de técnicos de tecnología médica y se procedió a eliminar uno, sin su sustitución, otro se sustituyó por un nuevo equipo, el tercero estaba en buenas condiciones –fue revisado y no tenía ningún inconveniente– y al cuarto se le cambiaron la batería y los parches. Quiere decir que teníamos cuatro y ahora nos quedamos con tres: uno nuevo, otro que funcionaba correctamente y un tercero al que se le cambiaron la batería y los parches.

SEÑOR GARCÍA.- Para tenerlo claro: había cuatro desfibriladores en el casco central, que no son los dos que se utilizaron. No entendí los números que se dieron.

Había cuatro equipos, incluidos los que se utilizaron. Los dos que se utilizaron y fallaron están incluidos en los cuatro equipos.

De los cuatro instalados en el ministerio, ¿se utilizaron dos afuera? ¿Están entre los que se descartaron?

SEÑOR DÍAZ.- El ministerio tenía cuatro equipos y dentro de estos están los dos que se utilizaron, que fueron los dos que a posteriori se eliminaron, uno con sustitución y otro sin sustitución, porque evaluamos que con tres equipos teníamos más que cubierto el ministerio.

SEÑOR GARCÍA.- Había cuatro equipos y tres, por diferentes circunstancias, no funcionaban y uno se validó.

SEÑORA PASSADA.- No es lo que dijo.

SEÑOR GARCÍA.- De los cuatro equipos, el ministro dijo que uno fue descartado, el otro validado y a otros dos se les cambió la pila. Eso fue lo que dijo el ministro. Así que, en el momento en que fueron revisados, de los cuatro, uno fue validado, otro descartado y a los otros dos se les cambió la pila. O

sea, había tres que estaban en situación irregular. Eso es lo que dijo el ministro. De los cuatro, uno fue validado, uno fue descartado –o sea que no funcionaba– y a dos se les cambió la pila, es decir que estaban sin pila. ¿Entendemos todos?

SEÑORA PRESIDENTA.- Entendemos que no funcionaron aunque tenían un signo externo de que deberían funcionar y eso es lo que reza en el manual de manejo del dispositivo.

SEÑOR GARCÍA.- ¿Qué se puede decir de los desfibriladores que están en la comunidad? ¿Cómo se hizo el proceso de inspección? ¿Podemos tener garantías de que lo que sucedió no va a volver a ocurrir, por ejemplo, acá mismo, en el Palacio Legislativo, donde hay desfibriladores?

SEÑORA ROSA.- Buenas tardes.

A partir de una resolución del año 2018 en la que el ministro de Salud Pública encomienda a la Dirección General de la Salud realizar el registro y la fiscalización de los desfibriladores externos, empezamos a implementar un mecanismo –que hasta el momento no existía– para la notificación y el registro de los DEA. Para ello creamos –como dijo el ministro al inicio– un trámite del Estado que tiene validez de declaración jurada. Se les comunicó a todas aquellas instituciones o empresas que son poseedoras de un DEA que deben ingresarlo; los que ya lo tienen, cuentan con un período para actualizar esa información y los nuevos deben obligatoriamente ser registrados a través de ese trámite. A partir de ahí se empezó a comunicar en forma paulatina a distintas empresas e instituciones que debían cumplir ese trámite de regularización de los DEA. Ese trámite tiene una serie de pasos que incluye la identificación de dónde fue adquirido, el registro en el MSP, la validación, las fechas de caducidad y los controles que se han hecho con respecto a la batería o la vigencia de los parches del desfibrilador automático.

Por otro lado, se estableció una comunicación con los proveedores de los desfibriladores automáticos. Se les pidió una serie de datos de los que ya habían sido adquiridos, entre ellos, a quiénes se los habían vendido para tener un conocimiento aproximado de los que ya estaban en plaza. A partir de ahí recibimos notificaciones de los proveedores; en algunos casos tenían esa información y la brindaron y, en otros no la tenían y nos comunicamos con ellos para empezar a tramitar este tipo de relacionamiento. Como mencionaba el doctor Zelarayán, se mostraron proactivos a trabajar con nosotros para verificar por lo menos un mantenimiento posventa y poder garantizar algún mecanismo que avise a aquellas empresas o instituciones que adquirieron el desfibrilador si están en fecha o deben revisarlos, de acuerdo a cada tipo y marca de desfibrilador ya que, por cierto, no son todos iguales; no todos tienen el mismo período de vencimiento de las baterías o de las pilas –en los nuevos– con lo cual, es muy difícil establecer un mecanismo único de procedimiento con esa variedad y cada adquirente debe tener un sistema protocolizado para el monitoreo.

Por supuesto, comenzamos las fiscalizaciones en las instituciones de salud, que es donde las realiza el ministerio en forma sistemática. En cada inspección que se hace por otro motivo se incluye la observación del DEA, bajo el mecanismo de implementación factible para el inspector que la realiza, que no es más que poder mirar la luz verde, en principio. En las otras instituciones donde el ministerio no va específicamente a realizar inspecciones, lo que se hace son algunas verificaciones aleatorias y, a nivel departamental, eso se hace a través de las fiscalizaciones departamentales. Además, se le pide a la población que realice la notificación en caso de que identifique que alguno no estuviera funcionando.

De manera que se establecieron estos mecanismos y partir de ahora estamos haciendo ajustes, porque cada situación es una oportunidad de mejora. Hemos decidido agregar dos pasos más al trámite gub.uy que tenemos para las personas o instituciones que poseen un DEA. Un paso previo, es la obligatoriedad del proveedor de avisar a quién vendió el DEA y el número de registro a MSP, que es algo que debe realizar siempre porque el importador debe registrar este aparato en la repartición de tecnología médica del Ministerio de Salud Pública. A partir de ahí vamos a notificar automáticamente a quien lo adquirió –que tiene un plazo– para avisarle que la normativa está vigente y que debe registrarlo. Esto da la posibilidad de tener múltiples mecanismos porque creemos que es muy difícil cumplir con todo esto con uno solo. Como dije, esto es más sencillo cuando tenemos múltiples mecanismos, uno de los cuales es que, a los dos años, se notifique automáticamente a la empresa que adquirió el equipo que está en período de posible vencimiento de la batería o de alguna parte. A su vez, el proveedor realizará la misma identificación y se harán las fiscalizaciones aleatorias para mantener los equipos.

Es cuanto puedo informar hasta el momento. No aclaré que los organismos públicos progresivamente han comenzado, desde el año 2018 hasta ahora, a regularizar la situación de los desfibriladores y están registrados en trámites.gub.uy. A su vez, varias instituciones prestadoras de salud también se están registrando y realizando un trámite que cuesta terminar, porque es una declaración jurada; no obstante, hay muchas ya en trámite y estamos en conversaciones sobre los ajustes que deben realizar para dar finalización al trámite.

SEÑOR ZELARAYÁN.- Quería hacer una aclaración porque me sentí aludido.

Yo no vengo a hacer una defensa ni a atacar el punto por el que convoca el señor senador. El señor ministro tiene sus abogados y asesores para ello. Abogo mucho, sí, por el sistema y mostraba las falencias que tiene. Reitero que cuando a la comisión se le preguntó acerca de la conveniencia de colocar desfibriladores, lo dijo, consta en actas y el informe obra en poder del ministerio: estaba en contra; aclaro que estaba profundamente informada y asesorada. En ese momento estaba al frente el profesor Fiandra –que era la persona que más sabía sobre electrofisiología en Uruguay, y prácticamente en el mundo; fue el primero en colocar un marcapasos en el mundo–, quien se oponía, no porque los desfibriladores no fueran eficaces, sino porque eran extremadamente caros y resultaba muy riesgoso dar ese instrumento a la sociedad, por los controles. También estaba el profesor Romero, que era el grado 5 de la facultad en ese momento, quien nos asesoraba, y también llevábamos veinticinco años en las emergencias móviles. Pero quedamos en minoría y la ley se aprobó. La comisión trabajó, y mucho, por esa ley, en hacer conocer los beneficios del desfibrilador y en colocarlos donde mandaba la ley en la que, aclaro, no tuvimos arte ni parte. Sin embargo, casi el 99 % de la ordenanza fue elaborado por la comisión; la conocemos perfectamente, letra por letra, porque la redactamos nosotros. Si hoy hubiera oportunidad de rever la ley, diríamos lo mismo que hace quince años –quizás tengamos suerte; quizás no–: para nosotros, como política sanitaria y desde el punto de vista de los costos, no es que no sea eficaz, sino que no sería una prioridad para Salud Pública. Con enseñar el masaje cardíaco y con emergencias móviles como las que tenemos en Uruguay, sería suficiente; esos diez o doce millones de dólares los dedicaríamos a otra cosa: a prevenir la muerte súbita, porque lo ideal no es tratarla, sino prevenirla. Esa es la misión de la comisión: que no haya muertes súbitas y no tratarlas.

En relación al último renglón que leyó, en cuanto a que debería ser obligatoria la denuncia de todos los DEA cuando funcionaran, fueran o no exitosos, quiero señalar que es lo que hicimos con esta inscripción porque ya en el año 2005 sabíamos que había desfibriladores que no funcionaban, pero no por la lucecita o por la batería –que puede no funcionar–, sino porque ya había reportes en el mundo que indicaban que los desfibriladores tenían que actuar, pero no lo hacían. Funcionaba la batería, funcionaba la lucecita, estaban todos capacitados y se hacía todo correctamente, había un registro de fibrilación auricular, pero el equipo no pateaba. Por eso incluimos esa oración, que parece de poca trascendencia, en cuanto a que hay que denunciar si sirve o no; es por eso, porque ya teníamos notificaciones de que eso estaba ocurriendo. Y nos sucedió a nosotros. Cuando nos llega la notificación del uso de los desfibriladores, lo estudiamos en ateneo; ponemos el trazado de la desfibrilación y al observar la fibrilación, tenemos que ver que el equipo funcione, verificar cómo sale y estudiarlo. Así lo hicimos, y hubo dos casos en los que no estuvimos muy seguros de que el desfibrilador funcionara, que pateara cuando correspondía. Se manejaron varios elementos: que el voltaje era chico; que el voltaje era grande; que la fibrilación era fina, de trazo fino; que la fibrilación era gruesa, de trazo grueso –como se sabe, las fibrilaciones son distintas, no hay una sola fibrilación–; que el sensor del desfibrilador, y la mar en coche. Le escribimos al proveedor, quien a su vez mandó el equipo a la central de Europa para que hiciera las modificaciones necesarias y, después, recibimos la notificación de que se había cambiado el *software*. Nos quedamos conformes, pues otra cosa no podíamos hacer. Pero la verdad es que los desfibriladores fallan, por alguna razón. No sé si en este caso falló o no pero es evidente que fallan. Ya lo decía el profesor Fiandra, hay problemas con los desfibriladores; entonces, ¡ojo! Se invierte mucho dinero y hay que tener presente que la efectividad es buena, muy buena, pero no en un cien por ciento.

Una vez aprobada la ley, la comisión se dedicó en cuerpo y alma –reitero, en cuerpo y alma– a colocar los desfibriladores en los lugares indicados y a enseñar su uso, y desarrollar la cadena de supervivencia: masaje cardíaco, uso de desfibriladores –jamás dijimos que los desfibriladores no servían– y la emergencia médica, que es esencial.

No sé qué habrá pasado con el desfibrilador, pero eso pasa y hay que controlarlos permanentemente. Los desfibriladores tienen un costo de equipamiento –millones de dólares– y de control. Si el Estado nos financia esos costos nosotros lo haremos maravillosamente bien.

SEÑOR GARÍN.- Antes que nada pido disculpas por haber llegado tarde.

Voy a hacer algunas apreciaciones.

Si bien solo escuché la mitad del relato me quedó claro que en una reanimación falló un elemento, pero se hicieron los otros controles. O sea que no hubo una omisión, sino que falló un elemento y se siguieron todos los otros pasos en pro de salvar una vida, que desgraciadamente no se pudo.

Además, hecha esa apreciación debo reconocer que me resulta curioso los minutos que está dedicando el ministro, el subsecretario y la directora de salud para hablar de la lucecita de un aparato. Por suerte me siento identificado con que a veces los manuales de uso de los aparatos electrónicos dicen una cosa y después, cuando los vamos a usar, no funcionan.

Quiero decir al equipo aquí presente que le agradezco el tiempo y la explicación brindada, y que, reitero, me siento identificado con el hecho de que algunas veces, por más que uno controle un aparato electrónico y siga el manual de uso, un día no funciona para la función que está previsto. Hago este comentario porque por momentos no sabía si estaba hablando con los responsables de salud pública o con los integrantes de la Fundación Julio Ricaldoni –que es de la Facultad de Ingeniería– que diseña aparatos. Insisto: quiero señalarlo porque por momentos me sentía en esa situación.

Lo cierto es que valoro que cumplamos con la función de contralor –especialmente, el señor senador García; es una tarea que corresponde al Poder Legislativo en relación con el Poder Ejecutivo– y, en lo personal, entiendo que las inquietudes planteadas han sido respondidas con creces. Como dije, me resulta curioso que habiendo tantos problemas en la salud estemos hablando de si la lucecita verde indicaba que el aparato estaba apto no para cumplir la función.

Por otro lado, también me quedo con la clara idea de que a pesar de lo ocurrido se tomaron todas las medidas del caso en cuanto a verificar que se hiciera un mantenimiento. En ese sentido, se ha dicho que se han establecido protocolos adicionales para hacer una suerte de control cruzado del funcionamiento de estos aparatos. Veo que también hay preocupación de incorporar, incluso, más tecnología a estos aparatos para que puedan tener algunos mecanismos de alerta temprano para ver si están en condiciones operativas plenas o semiplenas. En definitiva, lo importante es que estén en condiciones de usarlos cuando sea necesario.

Dicho esto, también me queda claro que el ministerio tiene un despliegue de desfibriladores que excede largamente las obligaciones normativas que están establecidas para la sociedad, ya que aquí se señaló que por decreto no tendría por qué haber y sin embargo había cuatro. Incluso ahora, según entiendo, van a quedar funcionando tres.

Acepto el tema del control e insisto en que me voy con la idea de que es desmedido el tiempo que se les está destinando a las autoridades de la salud pública para que describan situaciones concretas de dos o tres aparatos, pero me quedo con la tranquilidad de que se cumplió con las normas y hay una preocupación en este sentido. Como ocurre muchas veces, cuando ocurren situaciones como esta se despliegan protocolos o acciones complementarias para que la probabilidad de un nuevo fallo quede reducida a la mínima expresión. Pero quizás en un caso puntual, allá, muy remoto, esto nos pueda volver a pasar. Ojalá que no sea así, pero los aparatos, como los seres humanos, algunas veces fallan.

En definitiva, me quedo con la convicción de que se está en el camino de revertir esta situación y de que se están dedicando esfuerzos y recursos humanos, de infraestructura y de diseño para que esto no vuelva a pasar.

Quería agregar esto para que no nos quedáramos con la simple descripción de lo que sucedió con un aparato, que fue lo que presencié desde el momento en que llegué a la comisión.

SEÑORA PASSADA.- Ante todo quiero agradecer al señor ministro de Salud Pública porque siempre que se requiere su presencia en la comisión asiste de inmediato y con todo su equipo.

Estamos a diez años de la aprobación de la ley. Recuerdo la discusión que se dio en aquel momento en la Cámara de Representantes e, incluso, la fundamentación de algunos compañeros que

no integraban la comisión de salud, como el exdiputado Jorge Orrico, que basó su argumentación en la sensibilidad que le generaba el tema por el fallecimiento de un amigo cercano en el lugar donde desarrollaba su deporte preferido. Además recuerdo que en esa discusión algunos legisladores se preguntaban si era realmente necesario ir por ese camino y si la presencia de un desfibrilador era suficiente para que la persona que pudiera tener un infarto o una muerte súbita salvara su vida. Uno sentía, cuando se discutía ese proyecto de ley, que para algunos significaba quedarse más tranquilos de que frente a una situación de este tipo pudiera haber una respuesta cercana. Pero en definitiva la ley existe, y creo que lo que tenemos que hacer es mejorar al máximo las condiciones en que se aplica.

Me parece que también es importante decir que en este caso concreto no falló la prevención, porque la zona cumplió en dar respuesta a la situación. Y creo que eso es producto también de cómo se trabajó el tema, porque si no hubiera sido así la zona no hubiera cumplido, no habría tenido el aparato y los funcionarios que intervinieron no hubieran estado preparados. En este sentido, quiero destacar el trabajo que se hizo aquí para capacitar a todos los funcionarios del Poder Legislativo e incluso a quienes trabajan en nuestras secretarías. Y me consta que en esos cursos se hacía siempre hincapié en la importancia del masaje cardíaco, más allá de la presencia del propio desfibrilador.

Hay algunos elementos para destacar, como por ejemplo que no faltó la atención de urgencia que tuvo a su alcance la persona que padeció la afectación. De pronto, deberíamos hacer mayor hincapié –sin esperar la ley, que ojalá pueda salir durante esta legislatura– en todo lo que tiene que ver con la acción de los médicos prevencionistas y los técnicos. Estoy de acuerdo con lo que dice el doctor en cuanto a que está bien que se incorpore a la ley, pero tal vez podría elaborarse un decreto que permita que los técnicos cuando van a una empresa u oficina pública, realicen el control de los desfibriladores, del mismo modo que se hace con los extintores. Creo que en cuanto a esto no habría objeción por parte de nadie, ya que de lo que se trata es de ajustar al máximo estos elementos. Si no recuerdo mal las cifras, en zonas rurales el Ministerio de Salud Pública ha cumplido en esta materia y creo que hay más de 100 desfibriladores. De pronto, a través de un decreto podríamos apurar este tema, más allá de que posteriormente se incorpore a una normativa. Capaz que me apuré demasiado pero estoy pensando en avanzar en términos de prevención.

Les agradecemos la presencia de los invitados porque nos expusieron elementos que no son menores para el tratamiento del tema.

SEÑOR QUIÁN.- Agradezco la oportunidad de poder mantener este intercambio que me parece muy útil; tan así es que me habría gustado que esta conversación la hubiéramos mantenido en un ámbito docente de la Facultad de Medicina, porque esto que ha pasado es lo que en el mundo desarrollado se llama error médico. ¿Qué quiere decir error médico? Error en una cadena de hechos que puede llevar al daño o a la muerte de una persona. Aclaro que no creo que este paciente se haya muerto por un error médico; tenía 86 años, un día decidió morirse y se murió.

Lo que quiero trasmitir con este comentario es que cuando sucede un hecho con un desfibrilador que no funciona hay una cadena de hechos que se van a investigar, y eso es lo que se hizo en el ministerio, al igual que se hace en el mundo desarrollado. Se dice que en Estados Unidos la tercera causa de muerte es el error médico. ¿Qué fue lo que pasó en el caso que nos ocupa? Cuando se fue a aplicar el desfibrilador no funcionó y a raíz de eso se investigó si había sido controlado. Efectivamente había sido controlado y luego se investigó por qué la luz verde estaba prendida. En definitiva, el error estaba en el catálogo que decía que mientras se mantuviera la luz verde encendida el desfibrilador funcionaba.

Otro aspecto importante que quiero agregar sobre el error médico es que con esto se pretende no ser punitivo, salvo que una persona haya hecho algo intencionalmente. Lo que se busca es docencia para que eso no se repita. Me parece que este caso es un ejemplo que nos va a permitir hacer docencia, no solo en el Ministerio de Salud Pública –eso ya se ha hecho a través de las órdenes del ministro– sino también en todos los lugares donde hay desfibriladores, cuyos catálogos deben contar con el asesoramiento –como decía la doctora Rosa– de quien vende el aparato, y sobre todo, que quienes lo controlen sean técnicos que lo conozcan perfectamente. En lo personal, entiendo que en la salud, dentro de los hospitales, esto ha sucedido. Yo trabajé cuarenta años en terapia intensiva y ha sucedido que algún aparato que parecía estar funcionando, en realidad no funcionaba. Lo peor que se puede hacer –repito, si no existe una intencionalidad– es castigar a alguien; lo que hay que hacer es mejorar la cadena para que no se vuelva a repetir.

SEÑOR GARCÍA.- Con respecto a la admonición del señor senador Garín, como bien se decía, este es un tema importante porque ocurrieron dos episodios al mismo tiempo en el organismo que ejerce la policía sanitaria del país –pasó lo que relató el doctor Quián recién por dos en el mismo momento–;es un hecho que impacta. La lucecita es la diferencia entre la vida y la muerte, señor senador Garín. Si a un familiar suyo le pasa, deseo en el alma que la luz se encienda y el aparato funcione. No hay que minimizar estas cosas; falleció una persona en la puerta del ministerio, hubo dos aparatos que debían funcionar y no funcionaron; eso genera una alarma pública muy importante. No fue en cualquier lugar; el hecho ocurrió en la sede de la policía sanitaria del Uruguay, en el Ministerio de Salud Pública, que es el organismo rector de la política sanitaria. Eso agrega un elemento de alarma muy significativo. Por eso es tan importante tratar con seriedad estos temas y, sobre todo, prever que en el futuro no vuelva a suceder porque lo que ocurrió ya no se va a reparar. Hay que mirar hacia adelante para tratar de evitar.

Quiero agradecer la presencia de los representantes del Ministerio de Salud Pública.

También deseo solicitar a la presidenta que cuando el ministerio envíe a la brevedad la investigación administrativa, la reparta para contar con toda la información detallada del episodio.

SEÑORA PRESIDENTA.- Por supuesto.

Comparto la intervención del doctor Quián en el sentido de la labor didáctica que tiene una discusión como esta en función de un doloroso episodio. Por el contrario, creo que no genera una alarma, sino que se dan los argumentos para no santificar ningún aparato. Muchas veces la población en general tiende a pensar que el aparato más sofisticado es el que nos va a dar la solución, pero a veces la mano de un profesional o de un ciudadano, instruido a tales efectos, resulta ser lo salvador. En un mundo en que todo se mercantiliza, me parece que es importante que hayamos tenido claro que esto es bueno, pero no es cien por ciento la solución.

Las versiones taquigráficas son públicas, tal vez alguien las lea.

SEÑOR GARÍN.- Quiero dejar constancia de que, cuando hice comentarios, los realicé con la máxima seriedad y traté de hacer un resumen de lo que nuestros visitantes habían expuesto sobre cómo procedieron. Es un hecho desgraciado que el fallo se diera en una situación particular y que devino lo que devino. En ningún momento dejé de abordar este tema con la máxima seriedad que corresponde y teniendo presente que hay una muerte de por medio. Falló un elemento en todo el proceso de reanimación y justo fallaron dos instrumentos de ese elemento; está claro que los otros se aplicaron.

SEÑOR MINISTRO.- Quiero insistir en que la persona no falleció por culpa del desfibrilador. La persona que falleció –si no había fallecido cuando se concurrió por primera vez porque tenía elementos clínicos como para pensar que estaba en una situación muy comprometida– fue permanentemente reanimada con masaje cardíaco a la espera de que llegara la emergencia móvil. Por lo tanto, con o sin desfibrilador, esa maniobra fue la correcta a hacer en cualquier parte del mundo. Las personas a veces se salvan y otras veces, no. La maniobra empezó a hacerla una administrativa y luego se sumaron instructores y médicos, asegurando la vía aérea despejada y el masaje cardíaco correspondiente. Eso es básico; no quiero que quede la percepción de que por la falla del desfibrilador se generó una muerte en este país.

SEÑORA PRESIDENTA.- Quería comentarle al señor ministro –no sé si ya le llegó– que la semana pasada aprobamos en comisión el proyecto de ley sobre diabetes y enfermedades crónicas no trasmisibles. Se va a considerar el 3 de setiembre en el plenario y, en principio, va con la misma redacción –por lo menos, así salió de esta comisión– que aprobó la Cámara de Representantes. Por lo tanto, pronto pasará al Poder Ejecutivo para su promulgación y posterior reglamentación, que estará a cargo de ustedes.

En esa nota nosotros sugeríamos al ministerio que considerara si existe la posibilidad –tal como lo planteaban las asociaciones de personas que padecen diabetes– de tener algún elemento identificatorio que no sea un carné porque cuando ocurren situaciones en la vía pública, en general, uno se aboca a la persona que necesita asistencia y no a ver si en la billetera hay algún elemento con información.

No es nuestra intención incorporarlo al proyecto porque, como dije, lo aprobamos con la misma redacción para que no tenga que volver a la Cámara de Representantes y así termine su proceso legislativo, pero es una preocupación que se nos planteó y que creemos que hay que

considerar. La propuesta no necesariamente tiene que implementarla el ministerio, pero capaz que sí puede tener el registro para que la implementen los operadores de salud; se puede ver la forma de que no recaiga todo en el ministerio.

Comento esto porque la nota está yendo o ya llegó. Sería bueno que, antes de que termine la legislatura –finaliza el 15 de febrero, así que tenemos tiempo–, esta comisión tenga la posibilidad de sugerir algo o esta administración ministerial sugiera algo, si lo considera oportuno.

SEÑOR MINISTRO.- La inquietud nos llegó y nos parece interesante, siempre y cuando se respete la libertad de la persona; hay quienes no quieren que se los identifique y no podemos obligarlos a que queden señalados. Veremos de qué manera podemos generar algún tipo de elemento que permita identificar a aquella persona que no tenga inconveniente. En todas partes del mundo se va hacia la historia clínica electrónica; incluso, hay mecanismos que la compactan en pequeños chips. Seguramente dentro de muy poco tiempo este tema va a tener grandes cambios, de manera que el carné habitual o la medalla se vayan sustituyendo. Me parece razonable prever, si la persona está de acuerdo, que se tenga algún mecanismo de identificación.

Si me permiten y agradeciendo la comparecencia, no queríamos dejar pasar un hecho que también tomó estado público hace unas semanas que tiene que ver con la situación de las emergencias y las puertas de urgencia. Hubo varios planteos acerca de una demanda asistencial no adecuadamente cubierta en algunos lugares y alguna nota de prensa en la que se hacía referencia a un planteo de la cámara de emergencias que daba cuenta de una espera muy importante en alguna puerta de un centro asistencial.

Me parece que es de rigor comentar que, como todos los años, previendo que en esta época por distintas circunstancias, pero en particular por condiciones climatológicas, hay un aumento de la demanda con respecto a las patologías respiratorias, se tensa el sistema y las instituciones, tanto públicas como privadas, que tienen experticia en el tema ponen en funcionamiento lo que se llama el Plan Invierno, que permite una adaptación para una mayor demanda. Consiste en generar una especie de *triage* en las puertas con policlínicas de atención inmediata que permite, justamente, derivar consultas que no son de emergencia en las que, por distintas circunstancias, las personas van a la urgencia y hay que darles una respuesta. Ese *triage* y las policlínicas de atención inmediata funcionan tanto en el sector público como privado.

De cualquier manera, hemos hecho un trabajo de monitoreo de las puertas de urgencia, sobre todo en aquellas en las que sabemos –las conocemos porque todos hemos sido médicos, hemos trabajado y, además, tenemos información permanentemente de la demanda asistencial– que hay una demanda de asistencia porque es donde se atiende buena parte de la población de Montevideo y hemos supervisado que estén funcionando de manera adecuada.

Hemos constatado –cualquiera puede verificarlo– que hay un número muy importante de urgentización de pacientes. Eso tiene que ver con varias lógicas. Una de ellas es que, en realidad, muchas instituciones tienen convenios con algunas emergencias médicas móviles, otras son propietarias de emergencias y también hay emergencias médicas móviles que no tienen convenio con ninguna y juegan de forma bastante libre.

Con respecto a las respuestas de las distintas instituciones frente a la mayor demanda asistencial, aspiramos a que se genere una adecuada coordinación entre estas estructuras. Como los señores senadores saben, las emergencias médicas móviles son empresas que no están financiadas por el seguro de salud y son opcionales; el usuario las paga de su bolsillo. Aspiramos a que se asegure lo que técnicamente se denomina «el continuo asistencial», es decir que, si hay una alta demanda asistencial en una puerta de urgencia, haya una buena comunicación con estos servicios de emergencia para que busquen alternativas a fin de que el paciente sea atendido en su domicilio en situaciones que no son de emergencia y así evitar traslados innecesarios que saturan o complican el funcionamiento de las puertas de urgencia.

En estas últimas semanas, hemos constatado un número muy importante de las denominadas claves azul y verde, destinadas justamente a la atención no urgente, es decir, personas que van por sus propios medios a las urgencias. Es un tema que seguramente tiene un fuerte componente cultural y organizacional, pero también hemos constatado que muchas empresas trasladan a puerta a pacientes que no son necesariamente de urgencia. Tenemos que asegurar que todos los casos de emergencia –clave roja o anaranjada– no tengan tiempo de espera. Los pacientes deben ingresar directamente a los servicios de emergencia sin esperar para ser atendidos. Es más, cuando los

pacientes por alguna razón son derivados por patrulleros tampoco se los hace esperar. De inmediato se hace el *triage* y después se ve.

Hemos observado que muchos servicios que no están debidamente articulados con el prestador integral llevan pacientes que, en caso de existir una sobreexigencia en la puerta de urgencia, podrían ser sostenidos en domicilio con los controles y la vigilancia correspondientes sin ser trasladados a las emergencias.

En los diálogos que hemos tenido con todos los actores –hemos conversado con muchas personas–, nos mencionan que cuando tienen que esperar –a veces aguardan un par de horas–, en diversas ocasiones terminan dándole el alta a la persona en la propia ambulancia. Esto es una demostración más de que ese paciente no tendría por qué haber ido a la urgencia, sino que se podría haber manejado de otra manera.

Se ha generado un grupo de trabajo para articular las distintas partes y tratar, reitero, de darle racionalidad al sistema, es decir que lleguen a la urgencia aquellos pacientes que realmente lo necesiten y que, en momentos de más demanda asistencial, existan mecanismos –como ya los hay– para que haya una mayor presencia de las instituciones en los domicilios, incluso por razones epidemiológicas. Si una persona no necesariamente debe ir a una urgencia, donde se encuentra con otras patologías instaladas, también hay un factor de difusión de patologías que puede evitarse.

Por lo tanto, estamos tratando de estimular los planes de trabajo de los prestadores en el sentido de mejorar la articulación entre los servicios de traslados de emergencia y los del prestador integral, potenciar la atención domiciliaria cuando hay una mayor sobrecarga de demanda asistencial y fortalecer lo que tiene que ver con aquellas estructuras que son capaces de ir adaptándose a la mayor o menor demanda.

Este tema no pasa por aumentar la cantidad de puertas de urgencia ni la dotación de camas de urgencia. Eso lo estamos monitoreando permanentemente; las instituciones lo hacen mediante un mecanismo en el que, justamente, aumentan su dotación en el marco del Plan Invierno. El problema está básicamente en el funcionamiento, sobre todo cuando no hay un continuo asistencial por parte de instituciones que coparticipan en la atención del paciente y no están lideradas por el prestador integral, que es al que tenemos en el sistema y al que le pagamos a través del seguro por toda la atención del paciente.

Cuando aparecen otros actores que no están adecuadamente articulados, se presenta una mayor urgentización y, de alguna manera, estamos generando ámbitos para estimular la comunicación entre los prestadores integrales y los de los servicios de emergencia, tanto públicos como privados. Quería comentar esto porque me parece que es bueno que tengan este panorama. En todos los escenarios, lo que es emergencia no tiene demora. Eso está funcionando bien; pero lo que históricamente ha pasado –y puede volver a pasar– es que, frente a un pico de demanda asistencial, falta coordinación entre todos los actores. Estamos tratando de que exista una mayor coordinación, aumentando el diálogo y generando las complementaciones adecuadas entre los prestadores para que el usuario, si no necesita ir a una urgencia cuando esta está tensionada por una mayor demanda, pueda ser atendido en una policlínica con atención ambulatoria o en su propio domicilio con servicios de distintos tipos que brindan los prestadores integrales.

Esto era cuanto quería expresar.

SEÑORA PRESIDENTA.- No habiendo más preguntas, agradecemos mucho su comparecencia y los despedimos.

Se levanta la sesión.

(Son las 16:54).